

転倒転落予防におけるスコアシートと 危険防止対策表を用いた転倒転落の予防効果

ースコアシートと危険防止対策表使用前後における
看護師のアンケート調査よりー

南二階病棟

○田 中 治 美 小 林 倫 子
中 村 さやか 下和佐 直 美

1. はじめに

近年、医療技術の進歩に伴い患者の安全に視点を置いた看護が強く求められている。当循環器内科病棟（以下当病棟）は入院患者の過半数が65歳以上の高齢者であり特にCCUからの転入は65歳以上の高齢者が70%を占めている（図1）。また、CCUからの転入

切なアセスメントをすることで転倒転落を予測し未然に防ぐことができる」と述べている。

そこで私たち研究グループは、スコアシートの活用により統一した転倒転落防止への取り組みが出来るのではないかと考え、スコアシートに危険防止対策表を加え入院患者全員に使用した。そしてスコアシートと危険防止対策表使用前後における看護師の意識の変化をアンケートを用いて調査した。

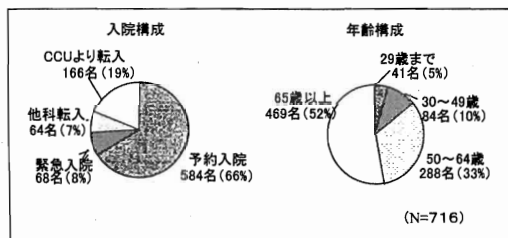


図1 平成14年度循環器内科病棟入院構造

や緊急入院といった環境の変化による認知力の低下、治療による活動領域の制限など様々な要因により転倒転落を引き起こすことが少なくない。

現在転倒転落を予測する尺度として転倒転落アセスメントスコアシート（以下スコアシートとする）が広く活用される中、当病棟ではスコアシートを使用するかは個々の看護師の判断に委ねており、転倒転落予防の取り組みとしてスコアシートの活用が十分予防に生かされていない状況である。川島¹⁾は、「適

2. 研究内容

1) 研究期間：平成15年8月11日
～9月30日

2) 研究方法その1

スコアシート、危険防止対策表は院内事故防止マニュアルを基本に文献を参考にし独自に病棟の特性をふまえて作成したものを使用した。

入院患者全員にスコアシートを用い評価スコアを得点化し（表1）、その合計点により危険度Ⅰ～Ⅲに分類し、危険防止対策を実施した（表2）。

危険防止対策表の危険度Ⅰはどの患者に対しても行わなければならない対策とし（表3）、危険度Ⅱ以上で、危険度Ⅰにさらに項目

を加え(表4)看護計画を立案した。

表1 転倒転落アセスメントスコアシート内容の一部

分類	特徴	評価スコア	患者評価
年齢	70歳以上 9歳以下	2	
既往歴	脳血管疾患がある 起立性低血圧がある 眩暈がある	2	
視覚	視力、聴力障害がある または未発達である	1	
感覚	麻痺がある しびれ感がある。	3	
活動領域	足腰の骨筋力低下がある 車椅子、杖、歩行器を使用している	3	
認知力	見当識障害、意識混濁、混乱がある 痴呆がある 不穏行動がある	4	
薬剤	鎮痛剤 睡眠安定剤 降圧剤 24時間持続点滴	それぞれ1	
排泄	尿、便失禁がある トイレ介助が必要である	それぞれ1	
		合計	

表2 評価スコアの危険度の分類

危険度Ⅰ(1～5点)	転倒転落を起こす危険性がある
危険度Ⅱ(6～15点)	転倒転落を起こしやすい
危険度Ⅲ(16点以上)	転倒転落をよく起こす

表3 危険防止対策表の危険度Ⅰの内容

患者の観察	①ADLの評価、自立度を評価する ②排泄の頻度、時間、男女の特性を把握した排尿状態を把握する ③鎮痛薬、睡眠薬、利尿薬など薬剤後のアセスメントをする
環境整備	①シフトが変わるごとに担当者は以下のチェックをする ・ベットの高さ、ストッパーの固定の確認 ・ベッド欄及びその効果の確認 ・ベッド周囲の障害物の確認、整理 ②患者の身の回り、床頭台に必要な物の確認と整理
指導・援助	①排泄パターンに基づいた誘導 ②適切な衣類履き物の選択の指導 ③ベッド周囲の器具、装置、ナースコールなどの使用方法の説明 ④日中の離床を促し、昼夜のリズムをつける ⑤家族やチームメンバーと事故の危険を共有し、理解を得る

表4 危険防止対策表の危険度Ⅱと危険度Ⅲの内容

	危険度Ⅱ	危険度Ⅲ
患者の観察	危険度Ⅰに加えて ①ADLに変化がないか観察する ②全身状態の把握から、起こりうる認知力の変化などを予測する	危険度Ⅱに加えて ①医師を含めたチーム全体で連携し、観察できるよう協力を得る
環境整備	危険度Ⅰに加えて ①患者の安全を確認できるよう照明の工夫 ②足元マークなどで、他のメンバーの関心を引く工夫をする ③カーペット、マット、点滅スタンドは可動性のないものと交換する	危険度Ⅱに加えて ①オーステーションに近い観察の目が行き届く部屋への配置 ②ベッド周囲にマットや枕を置くなどして打撲のショックを和らげる工夫をする ③必要時には床敷きマットにする ④ベッド欄位置がはずさないように頻回な観察を行う
指導・援助	危険度Ⅰに加えて ①ナースコールには素早く対応する ②患者が理解できるように相手のペースに合わせた十分な説明を行う ③患者歩行時の歩き方などの指導と見守り ④頻回な連絡を行う	危険度Ⅱに加えて ①車いす乗車時は必ず落ちないように守る

3) 研究方法 その2

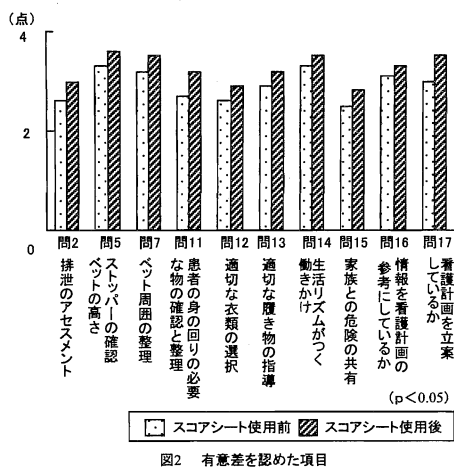
当病棟看護師女性 23 名に対しスコアシートと危険防止対策表使用前後の意識調査をアンケート用紙を用いて行った。

アンケート回収率 100%である。アンケートの評価は「している」4 点、「時々している」3 点、「あまりしていない」2 点「していない」1 点の 4 段階とし、点数化した。

設問の平均したものをスコアシート使用前後で比較するために t 検定を行った。

3. アンケート結果及び考察

アンケート 17 項目のうち排泄のアセスメント、ストッパーの確認など 10 項目において、スコアシート・危険防止対策表の使用前の得点より使用後の得点が有意に高値を示した(図2)。これは、スコアシートという統一



した用紙を使用することで、転倒転落のリスクに対して個々の看護師が「排泄のアセスメント」や「ベッド周囲の整理」などの危険因子に対する知識を持つことができたためと考ええる。

問 16、17 については、危険防止対策表を示したことで、患者の危険度に応じたケアを看護計画に反映するきっかけとなった。それは、看護師間での転倒転落の危険因子の共有につながったと考える。

有意差が出なかった残り 7 項目は(図3)、どの患者に対してもまず行わなければならないケアの項目ばかりで、スコアシート使用前より得点が高いことより常に注意し、実施できている項目と思われる。

「院内医療事故防止マニュアルを知っているか」「スコアシートを知っているか」「スコアシートを使用したことがあるか」の項目

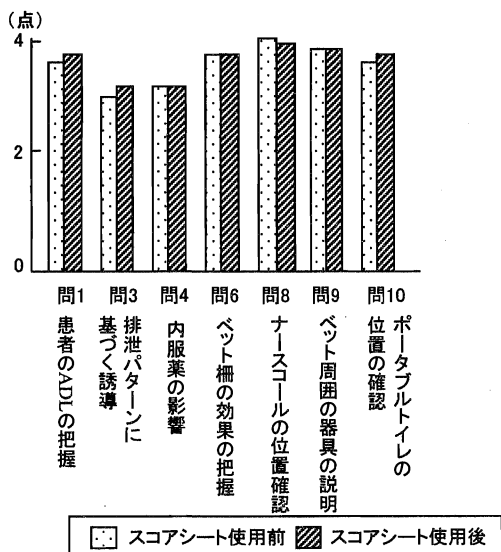


図3 有意差を認めなかった項目

(図4)ではスコアシート使用後は、すべての人が「はい」と答えた。これは院内事故防止マニュアルやスコアシートの存在を知らながらも使用できていなかった現状が改善されたといえる。

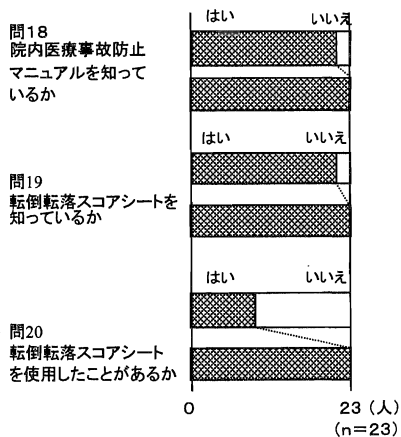


図4 院内医療事故防止マニュアル及びスコアシートに関する項目

篠原²⁾らは「転倒転落アセスメントシートと危険防止対策表を使用することは、看護師が同じ視点で患者情報を評価するのに有効である。また危険防止への共通理解につながり統一した看護が提供できるようになる。」

と述べている。

以上のことからスコアシートと危険防止対策表の活用は、入院という環境の変化により身体的、精神的に危機的状況に陥りやすい患者に対し、すべての看護師が同じ視点でアセスメントするのに有効であった。またその情報を参考に看護計画を立案することで看護師間で患者の危険因子が共有でき問題意識を持って患者の危険防止対策を実施することにつながったと考える。

4. 結論

- 1) 危険防止対策Ⅰレベルの患者の観察、環境整備、指導、援助の得点が有意に増加した。
- 2) 看護計画の立案と看護計画への情報活用が有意に増加した。
- 3) 院内医療事故防止マニュアル、スコアシートの認知と、スコアシートの活用が増加した。

5. おわりに

調査期間中の転倒転落のインシデント報告は、夜間の排尿移動時の転倒、判断力の低下した患者の自力行動を含む6件と、完全に防ぐことはできなかった。しかし対比するデーターの収集までには至っておらず、発生した転倒が多いかどうかの評価には値しないが今後継続することで転倒転落防止へつながることを期待したい。

引用文献

- 1) 川島和代, 高齢者の転倒を防ぐためのナースの判断過程, エキスパートナース, 12(6), 28, 1996

- 2) 篠原美穂他, 転倒転落事故防止への
取り組み, 月間ナーシング, 22 (9),
138-141, 2002.

参考文献

- 1) 院内医療事故防止マニュアル
- 2) 篠原美穂他, 転倒転落事故防止への
取り組み, 月間ナーシング, 22 (9) p
138-p141, 2002.
- 3) 紅露晴子他, 転倒転落事故の分析と予防
策 (2), 看護実践の科学, 25 (5) p4-p6,
2000.
- 4) 紅露晴子他, 転倒転落事故の分析と予防
策 (1), 看護実践の科学, 25 (4) p4-p6,
2000.
- 5) 紅露晴子他, 転倒転落事故の分析と予防
策, 看護実践の科学, 25 (3) 5-7,2000.
- 6) 大牧あけみ他, アセスメントシート導
入と使い方の手順, エキスパートナース,
19(13), 2003.